

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

012385494-62

1.02 - UF

CE

1.03 - Município

MARACANAU

1.04 - Distrito

1.05 - Subdistrito

1.06 - Setor censitário

1.07 - Modalidade da operação

- 1 - Inclusão  2 - Alteração

1.08 - Forma de coleta de dados

- 1 - Fora do domicílio  
 2 - Em domicílio  
 3 - Impossibilidade em domicílio

1.09 - Formulários preenchidos

- 0 - Principal  2 - Avulso 2  4 - Pessoa em situação de rua (FS2)  
 1 - Avulso 1  3 - Vinculação a programas e serviços (FS1)  5 - Representante legal (FS3)

1.10 - Data da entrevista

28/05/2026

## Endereço da família

1.11 - Localidade (bairro, povoado, vila, etc.)

SIQUEIRA

1.12 - Tipo (rua, avenida, igarapé etc.)

RUA

1.13 - Título (general, santa, pintor etc.)

SAO

1.14 - Nome

PAULO

1.15 - Número

1652

1.16 - Complemento do número (s/n, km, A, FUNASA, SUCAM etc.)

1.17 - Complemento adicional (apartamento, casa, sobrado, fundos, bloco, lote, quadra, etc.)

1.18 - CEP

61.923-145

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

## Entrevistador

1.21 - Nome

ALAN GOMES XAVIER

1.22 - CPF

3840393329

1.23 - Observações

ATUALIZACAO EXCLUSAO ORDEM 04

## Características do domicílio

2.01 - O local onde está situado o seu domicílio tem, na maioria, características:

 1 - Urbanas  2 - Rurais

2.02 - Qual a espécie do seu domicílio?

 1 - Particular Permanente  2 - Particular improvisado  3 - Coletivo

2.03 - Quantos cômodos tem seu domicílio?

4

2.04 - Quantos cômodos estão servindo, permanentemente, de dormitório para os moradores do seu domicílio?

1

2.05 - Qual é o material predominante no piso do seu domicílio?

Cerâmica, lajota ou pedra

2.06 - Qual é o material predominante na construção das paredes externas do seu domicílio?

Alvenaria/tijolo com revestimento

2.07 - O seu domicílio tem água canalizada para, pelo menos, um cômodo?

 1 - Sim  2 - Não

2.08 - Qual é a forma de abastecimento de água utilizada no seu domicílio?

Rede geral de distribuição

2.09 - No seu domicílio ou na propriedade existe banheiro ou sanitário?

 1 - Sim  2 - Não

2.10 - De que forma é feito o escoamento do banheiro ou sanitário?

Fossa rudimentar

2.11 - O lixo do seu domicílio:

É coletado diretamente

2.12 - Qual é a forma de iluminação utilizada no seu domicílio?

Elétrica com medidor próprio

2.13 - Existe calçamento/pavimentação no trecho do logradouro (rua, avenida, etc.), em frente ao seu domicílio?

 1 - Total  2 - Parcial  3 - Não Existe

## Família

3.01 - A família é indígena?

- 1 - Sim  
 2 - Não

3.02 - A que povo indígena pertence a família?

3.03 - A família reside em terra ou reserva indígena?

- 1 - Sim  
 2 - Não

3.04 - Qual é o nome da terra ou reserva indígena?

2 - Não sabe

3.05 - A família é quilombola?

- 1 - Sim  
 2 - Não

3.06 - Qual é o nome da comunidade quilombola?

2 - Não consta no município

3.07 - Quantas pessoas moram no seu domicílio?

2

(Não preencher para famílias em situação de rua e famílias em domicílio coletivo)

3.08 - Quantas famílias moram no seu domicílio?

1

(Não preencher para famílias em situação de rua e famílias em domicílio coletivo)

3.09 - Há alguma pessoa dessa família internada, abrigada ou privada de liberdade há 12 meses ou mais?

	Faixa etária	Quantidade	
1	Criança(s) e adolescente(s) (de 0 a 17 anos)	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Jovem(ns) e adulto(s) (de 18 a 59 anos)	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Idoso(s) (de 60 anos ou mais)	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem

3.10 - A família, normalmente, tem despesa mensal com:

	Tipo de despesa	Valor	
1	Energia elétrica	R\$ 300	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	R\$ 100	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Gás, carvão e lenha	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
4	Alimentação, higiene e limpeza	R\$ 500	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
5	Transporte	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
6	Aluguel	R\$ 300	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem

	Tipo de despesa	Valor	
7	Medicamentos de uso regular	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem

3.11 - Nome e código do Estabelecimento de Assistência à Saúde - EAS/MS em que os integrantes da família são atendidos quando necessitam:

2372134 - USF DR ALARICO LEITE

3.12 - Nome e código do Centro da Assistência Social (CRAS/CREAS) em que os integrantes da família são atendidos quando necessitam:

23076520235 - CRAS PARQUE SAO JOAO

3.13 - Família identificada em situação de risco social associado à violação de direitos

1 - Sim  2 - Não

3.14 - Família em risco para insegurança alimentar

1 - Sim  2 - Não

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

1

4.02 - Nome completo

FABIANA CAVALCANTE PEREIRA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

20378266874

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

1 - Masculino  
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

25/09/1984

4.07 - Relação de parentesco de FABIANA com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF

Pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF

4.08 - Cor ou raça

Parda

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

ERIDAN DE CASTRO CAVALCANTE

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

JOSE FLAVIO CAVALCANTE

2 - Não sabe

4.11- Onde FABIANA nasceu?

1 - Neste município  2 - Em outro município  3 - Em outro país

4.12 - Em que estado FABIANA nasceu?

2 - Não sabe

4.13 - Em que município FABIANA nasceu?

 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro FABIANA nasceu?

 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de FABIANA foi registrado em cartório de registro civil?

- 1 - Sim e tem certidão de nascimento e/ou de casamento  
 2 - Sim, mas não tem certidão de nascimento nem de casamento  3 - Não  4 - Não sabe

4.16- Deseja informar o gênero de FABIANA ?

- 1 - Sim  2 - Não

4.17-FABIANA é pessoa trans ou travesti ?

- Sim, a pessoa é trans  Sim, a pessoa é travesti  Não

4.18- Qual é o gênero/identidade de gênero de FABIANA?

- Feminina  Masculina  Não binário(a)

## Documentos

5.01 - Tipo e dados da certidão

a) Tipo

- 1 - Nascimento  2 - Casamento  3 - Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena (RANI)

b) Dados

1 - Nome do cartório

2 - Data do registro

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

7 - Estado de registro

8 - Município de registro

5.02 - Número de inscrição do CPF

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

2003010261953

2 - Complemento

3 - Data da emissão

25/11/2011

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

## 5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

9980315

2 - Série

10

3 - Data da emissão

02/02/2006

4 - Estado emissor

CEARA

## 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

62117110744

2 - Zona

122

3 - Seção

174

## Pessoa com deficiência

6.01 - FABIANA tem alguma deficiência permanente que limite as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)

 1 - Sim  2 - Não

6.02 - Qual é o tipo de deficiência que FABIANA tem? (Este quesito admite múltipla marcação)

- |                                                     |                                                                |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Cegueira               | <input type="checkbox"/> 5 - Deficiência física                |
| <input type="checkbox"/> 2 - Baixa visão            | <input type="checkbox"/> 6 - Deficiência mental ou intelectual |
| <input type="checkbox"/> 3 - Surdez severa/profunda | <input type="checkbox"/> 7 - Síndrome de Down                  |
| <input type="checkbox"/> 4 - Surdez leve/moderada   | <input type="checkbox"/> 8 - Transtorno/doença mental          |

6.03 - Em função dessa deficiência FABIANA recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)

- |                                                             |                                                                            |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Não                            | <input type="checkbox"/> 4 - Sim, de vizinho                               |
| <input type="checkbox"/> 2 - Sim, de alguém da família      | <input type="checkbox"/> 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial |
| <input type="checkbox"/> 3 - Sim, de cuidador especializado | <input type="checkbox"/> 6 - Sim, de outra forma                           |

## Escolaridade

7.01 - FABIANA sabe ler e escrever?

 1 - Sim  2 - Não

7.02 - FABIANA frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que FABIANA frequenta?

7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?

1 - Sim  2 - Não

7.05 - Qual é o estado e o município onde está localizada a escola ou creche?

1 - Estado

2 - Município

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que FABIANA frequenta

7.08 - Qual é o ano/série que FABIANA frequenta?

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

7.09 - Qual foi o curso mais elevado que FABIANA frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?

Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries, Médio 1º ciclo (Ginasial), Segunda fase do 1

7.10 - Qual foi o último ano/série que FABIANA concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?

Oitavo(a)

7.11 - FABIANA concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada FABIANA trabalhou?

1 - Sim  2 - Não

8.02 - Na semana passada FABIANA estava afastado de um trabalho, por motivo de doença, falta voluntária, licença, férias ou por outro motivo?

1 - Sim  2 - Não

8.03 - Esse trabalho principal que FABIANA exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal FABIANA era:

Trabalhador por conta própria (bico, autônomo)

8.05 - No mês passado FABIANA recebeu remuneração de trabalho? (Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)

0 - Não recebeu

R\$ 150

8.06 - FABIANA teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

 1 - Sim  2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

12

8.08 - Qual foi a remuneração bruta de todos os trabalhos recebidos por FABIANA nesse período?

R\$ 1.800

8.09 - Quanto FABIANA recebe, normalmente, por mês de:

Fontes de renda	Valor	
1 Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
2 Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3 Seguro-desemprego	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4 Pensão alimentícia	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
5 Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

2

4.02 - Nome completo

CARLOS PEREIRA DA COSTA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

13008547191

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

 1 - Masculino  
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

12/03/1983

4.07 - Relação de parentesco de CARLOS com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF

4.08 - Cor ou raça

Parda

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

 2 - Não sabe

4.11- Onde CARLOS nasceu?

 1 - Neste município  2 - Em outro município  3 - Em outro país

4.12 - Em que estado CARLOS nasceu?

 2 - Não sabe

4.13 - Em que município CARLOS nasceu?

 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro CARLOS nasceu?

 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de CARLOS foi registrado em cartório de registro civil?

 1 - Sim e tem certidão de nascimento e/ou de casamento  2 - Sim, mas não tem certidão de nascimento nem de casamento  3 - Não  4 - Não sabe

4.16- Deseja informar o gênero de CARLOS ?

 1 - Sim  2 - Não

4.17-CARLOS é pessoa trans ou travesti ?

 Sim, a pessoa é trans  Sim, a pessoa é travesti  Não

4.18- Qual é o gênero/identidade de gênero de CARLOS?

 Feminina  Masculina  Não binário(a)

## Documentos

5.01 - Tipo e dados da certidão

a) Tipo

 1 - Nascimento  2 - Casamento  3 - Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena (RANI)

b) Dados

1 - Nome do cartório

2 - Data do registro

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

5.02 - Número de inscrição do CPF

91116384

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

00000000000323489697

2 - Complemento

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

3 - Data da emissão

10/03/2004

4 - Estado emissor

CEARA

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

617828

2 - Série

10

3 - Data da emissão

10/03/2004

4 - Estado emissor

CEARA

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

55638640736

2 - Zona

117

3 - Seção

257

## Pessoa com deficiência

6.01 - CARLOS tem alguma deficiência permanente que limite as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)

 1 - Sim  2 - Não

6.02 - Qual é o tipo de deficiência que CARLOS tem? (Este quesito admite múltipla marcação)

- |                                                     |                                                                |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Cegueira               | <input type="checkbox"/> 5 - Deficiência física                |
| <input type="checkbox"/> 2 - Baixa visão            | <input type="checkbox"/> 6 - Deficiência mental ou intelectual |
| <input type="checkbox"/> 3 - Surdez severa/profunda | <input type="checkbox"/> 7 - Síndrome de Down                  |
| <input type="checkbox"/> 4 - Surdez leve/moderada   | <input type="checkbox"/> 8 - Transtorno/doença mental          |

6.03 - Em função dessa deficiência CARLOS recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)

- |                                                             |                                                                            |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Não                            | <input type="checkbox"/> 4 - Sim, de vizinho                               |
| <input type="checkbox"/> 2 - Sim, de alguém da família      | <input type="checkbox"/> 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial |
| <input type="checkbox"/> 3 - Sim, de cuidador especializado | <input type="checkbox"/> 6 - Sim, de outra forma                           |

## Escolaridade

7.01 - CARLOS sabe ler e escrever?

 1 - Sim  2 - Não

7.02 - CARLOS frequenta escola ou creche?

7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que CARLOS frequenta?

7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?

 1 - Sim  2 - Não

7.05 - Qual é o estado e o município onde está localizada a escola ou creche?

1 - Estado

2 - Município

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

 2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que CARLOS frequenta

7.08 - Qual é o ano/série que CARLOS frequenta?

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

7.09 - Qual foi o curso mais elevado que CARLOS frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?

7.10 - Qual foi o último ano/série que CARLOS concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?

7.11 - CARLOS concluiu esse curso que frequentou?

 1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada CARLOS trabalhou?

 1 - Sim  2 - Não

8.02 - Na semana passada CARLOS estava afastado de um trabalho, por motivo de doença, falta voluntária, licença, férias ou por outro motivo?

1 - Sim  2 - Não

8.03 - Esse trabalho principal que CARLOS exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal CARLOS era:

8.05 - No mês passado CARLOS recebeu remuneração de trabalho? (Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)

0 - Não recebeu

R\$ 330

8.06 - CARLOS teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

1 - Sim  2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

8.08 - Qual foi a remuneração bruta de todos os trabalhos recebidos por CARLOS nesse período?

8.09 - Quanto CARLOS recebe, normalmente, por mês de:

Fontes de renda	Valor	
1 Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
2 Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3 Seguro-desemprego	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4 Pensão alimentícia	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
5 Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

3

4.02 - Nome completo

ANA CAROLINA CAVALCANTE PEREIRA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

20378266866

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

4.06 - Data de nascimento

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

15/04/2002

## 4.07 - Relação de parentesco de ANA com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF

Filho(a)

## 4.08 - Cor ou raça

Parda

## 4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

FABIANA CAVALCANTE PEREIRA

 2 - Não sabe

## 4.10 - Filiação 2

CARLOS PEREIRA DA COSTA

 2 - Não sabe

## 4.11- Onde ANA nasceu?

- 1 - Neste município  2 - Em outro município  3 - Em outro país

## 4.12 - Em que estado ANA nasceu?

CEARA

 2 - Não sabe

## 4.13 - Em que município ANA nasceu?

FORTALEZA

 2 - Não sabe

## 4.14 - Em que país estrangeiro ANA nasceu?

 2 - Não sabe

## 4.15- O nascimento de ANA foi registrado em cartório de registro civil?

- 1 - Sim e tem certidão de nascimento e/ou de casamento  
 2 - Sim, mas não tem certidão de nascimento nem de casamento  3 - Não  4 - Não sabe

## 4.16- Deseja informar o gênero de ANA ?

- 1 - Sim  2 - Não

## 4.17-ANA é pessoa trans ou travesti ?

- Sim, a pessoa é trans  Sim, a pessoa é travesti  Não

## 4.18- Qual é o gênero/identidade de gênero de ANA?

- Feminina  Masculina  Não binário(a)

## Documentos

## 5.01 - Tipo e dados da certidão

## a) Tipo

- 1 - Nascimento  2 - Casamento  3 - Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena (RANI)

## b) Dados

1 - Nome do cartório

JEREISSATI

2 - Data do registro

14/05/2002

3 - Número do livro

A194

4 - Número da folha

276V

5 - Número do termo/RANI

00189568

6 - Matrícula

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

FORTALEZA

5.02 - Número de inscrição do CPF

9368774307

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

00000000020080487380

2 - Complemento

3 - Data da emissão

25/11/2011

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

2 - Série

3 - Data da emissão

4 - Estado emissor

5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

2 - Zona

3 - Seção

## Pessoa com deficiência

6.01 - ANA tem alguma deficiência permanente que limite as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)

 1 - Sim  2 - Não

6.02 - Qual é o tipo de deficiência que ANA tem? (Este quesito admite múltipla marcação)

 1 - Cegueira  5 - Deficiência física  
 2 - Baixa visão  6 - Deficiência mental ou intelectual

3 - Surdez severa/profunda 7 - Síndrome de Down 4 - Surdez leve/moderada 8 - Transtorno/doença mental

6.03 - Em função dessa deficiência ANA recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)

 1 - Não 4 - Sim, de vizinho 2 - Sim, de alguém da família 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial 3 - Sim, de cuidador especializado 6 - Sim, de outra forma

## Escolaridade

7.01 - ANA sabe ler e escrever?

 1 - Sim  2 - Não

7.02 - ANA frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que ANA frequenta?

7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?

 1 - Sim  2 - Não

7.05 - Qual é o estado e o município onde está localizada a escola ou creche?

1 - Estado

2 - Município

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

 2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que ANA frequenta

7.08 - Qual é o ano/série que ANA frequenta?

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

7.09 - Qual foi o curso mais elevado que ANA frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?

Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, Clássico, Técnico, Normal)

7.10 - Qual foi o último ano/série que ANA concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?

Terceiro(a)

7.11 - ANA concluiu esse curso que frequentou?

 1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada ANA trabalhou?

 1 - Sim
  2 - Não

8.02 - Na semana passada ANA estava afastado de um trabalho, por motivo de doença, falta voluntária, licença, férias ou por outro motivo?

 1 - Sim
  2 - Não

8.03 - Esse trabalho principal que ANA exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?

 1 - Sim
  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal ANA era:

8.05 - No mês passado ANA recebeu remuneração de trabalho? (Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)

 0 - Não recebeu

8.06 - ANA teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

 1 - Sim
  2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

8.08 - Qual foi a remuneração bruta de todos os trabalhos recebidos por ANA nesse período?

8.09 - Quanto ANA recebe, normalmente, por mês de:

Fontes de renda		Valor	
1	Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4	Pensão alimentícia	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
5	Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

4.02 - Nome completo

4

CASSIO HENDRIO CAVALCANTE PEREIRA

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

22801583811

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

10/04/2008

4.07 - Relação de parentesco de CASSIO com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF

Filho(a)

4.08 - Cor ou raça

Parda

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

FABIANA CAVALCANTE PEREIRA

 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

CARLOS PEREIRA DA COSTA

 2 - Não sabe

4.11- Onde CASSIO nasceu?

- 1 - Neste município  2 - Em outro município  3 - Em outro país

4.12 - Em que estado CASSIO nasceu?

CEARA

 2 - Não sabe

4.13 - Em que município CASSIO nasceu?

FORTALEZA

 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro CASSIO nasceu?

 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de CASSIO foi registrado em cartório de registro civil?

- 1 - Sim e tem certidão de nascimento e/ou de casamento  
 2 - Sim, mas não tem certidão de nascimento nem de casamento  3 - Não  4 - Não sabe

4.16- Deseja informar o gênero de CASSIO ?

- 1 - Sim  2 - Não

4.17-CASSIO é pessoa trans ou travesti ?

- Sim, a pessoa é trans  Sim, a pessoa é travesti  Não

4.18- Qual é o gênero/identidade de gênero de CASSIO?

- Feminina  Masculina  Não binário(a)

## 5.01 - Tipo e dados da certidão

## a) Tipo

1 - Nascimento     2 - Casamento     3 - Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena (RANI)

## b) Dados

## 1 - Nome do cartório

NOROES MILFONT

## 2 - Data do registro

13/04/2008

## 3 - Número do livro

A155

## 4 - Número da folha

44

## 5 - Número do termo/RANI

00146483

## 6 - Matrícula

## 7 - Estado de registro

CEARA

## 8 - Município de registro

FORTALEZA

## 5.02 - Número de inscrição do CPF

62893536328

## 5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

## 1 - Número

00000000020080475820

## 2 - Complemento

## 3 - Data da emissão

24/11/2011

## 4 - Estado emissor

CEARA

## 5 - Sigla do órgão emissor

SSP

## 5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

## 1 - Número

## 2 - Série

## 3 - Data da emissão

## 4 - Estado emissor

## 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

## 1 - Número

## 2 - Zona

## 3 - Seção

## Pessoa com deficiência

6.01 - CASSIO tem alguma deficiência permanente que limite as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)

1 - Sim  2 - Não

6.02 - Qual é o tipo de deficiência que CASSIO tem? (Este quesito admite múltipla marcação)

- |                                                     |                                                                |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Cegueira               | <input type="checkbox"/> 5 - Deficiência física                |
| <input type="checkbox"/> 2 - Baixa visão            | <input type="checkbox"/> 6 - Deficiência mental ou intelectual |
| <input type="checkbox"/> 3 - Surdez severa/profunda | <input type="checkbox"/> 7 - Síndrome de Down                  |
| <input type="checkbox"/> 4 - Surdez leve/moderada   | <input type="checkbox"/> 8 - Transtorno/doença mental          |

6.03 - Em função dessa deficiência CASSIO recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)

- |                                                             |                                                                            |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Não                            | <input type="checkbox"/> 4 - Sim, de vizinho                               |
| <input type="checkbox"/> 2 - Sim, de alguém da família      | <input type="checkbox"/> 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial |
| <input type="checkbox"/> 3 - Sim, de cuidador especializado | <input type="checkbox"/> 6 - Sim, de outra forma                           |

## Escolaridade

7.01 - CASSIO sabe ler e escrever?

1 - Sim  2 - Não

7.02 - CASSIO frequenta escola ou creche?

Sim, rede pública

7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que CASSIO frequenta?

EEEP JAIME ALENCAR DE OLIVEIRA

7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?

1 - Sim  2 - Não

7.05 - Qual é o estado e o município onde está localizada a escola ou creche?

1 - Estado

CEARA

2 - Município

FORTALEZA

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

23244747

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que CASSIO frequenta

Ensino Médio regular

7.08 - Qual é o ano/série que CASSIO frequenta?

Terceiro(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

7.09 - Qual foi o curso mais elevado que CASSIO frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?

7.10 - Qual foi o último ano/série que CASSIO concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?

7.11 - CASSIO concluiu esse curso que frequentou?

 1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada CASSIO trabalhou?

 1 - Sim  2 - Não

8.02 - Na semana passada CASSIO estava afastado de um trabalho, por motivo de doença, falta voluntária, licença, férias ou por outro motivo?

 1 - Sim  2 - Não

8.03 - Esse trabalho principal que CASSIO exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?

 1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal CASSIO era:

8.05 - No mês passado CASSIO recebeu remuneração de trabalho? (Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)

 0 - Não recebeu

8.06 - CASSIO teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

 1 - Sim  2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

8.08 - Qual foi a remuneração bruta de todos os trabalhos recebidos por CASSIO nesse período?

8.09 - Quanto CASSIO recebe, normalmente, por mês de:

Fontes de renda	Valor	
1 Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
2 Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3 Seguro-desemprego	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4 Pensão alimentícia	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

Fontes de renda	Valor	
5 Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

4.02 - Nome completo

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

 1 - Masculino 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

4.07 - Relação de parentesco de CARLOS com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF

4.08 - Cor ou raça

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

 2 - Não sabe

4.11- Onde CARLOS nasceu?

 1 - Neste município  2 - Em outro município  3 - Em outro país

4.12 - Em que estado CARLOS nasceu?

 2 - Não sabe

4.13 - Em que município CARLOS nasceu?

 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro CARLOS nasceu?

 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de CARLOS foi registrado em cartório de registro civil?

 1 - Sim e tem certidão de nascimento e/ou de casamento  2 - Sim, mas não tem certidão de nascimento nem de casamento  3 - Não  4 - Não sabe

4.16- Deseja informar o gênero de CARLOS ?

 1 - Sim  2 - Não

4.17-CARLOS é pessoa trans ou travesti ?

 Sim, a pessoa é trans  Sim, a pessoa é travesti  Não

4.18- Qual é o gênero/identidade de gênero de CARLOS?

 Feminina  Masculina  Não binário(a)

## Documentos

5.01 - Tipo e dados da certidão

a) Tipo

 1 - Nascimento  2 - Casamento  3 - Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena (RANI)

b) Dados

1 - Nome do cartório

REGISTRO CIVIL

2 - Data do registro

31/10/2001

3 - Número do livro

B57

4 - Número da folha

280V

5 - Número do termo/RANI

00032510

6 - Matrícula

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

5.02 - Número de inscrição do CPF

91116384

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

00000000000323489697

2 - Complemento

3 - Data da emissão

10/03/2004

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

617828

2 - Série

10

3 - Data da emissão

10/03/2004

4 - Estado emissor

CEARA

## 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

55638640736

2 - Zona

117

3 - Seção

257

## Pessoa com deficiência

6.01 - CARLOS tem alguma deficiência permanente que limite as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)

 1 - Sim  2 - Não

6.02 - Qual é o tipo de deficiência que CARLOS tem? (Este quesito admite múltipla marcação)

- |                                                     |                                                                |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Cegueira               | <input type="checkbox"/> 5 - Deficiência física                |
| <input type="checkbox"/> 2 - Baixa visão            | <input type="checkbox"/> 6 - Deficiência mental ou intelectual |
| <input type="checkbox"/> 3 - Surdez severa/profunda | <input type="checkbox"/> 7 - Síndrome de Down                  |
| <input type="checkbox"/> 4 - Surdez leve/moderada   | <input type="checkbox"/> 8 - Transtorno/doença mental          |

6.03 - Em função dessa deficiência CARLOS recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)

- |                                                             |                                                                            |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Não                            | <input type="checkbox"/> 4 - Sim, de vizinho                               |
| <input type="checkbox"/> 2 - Sim, de alguém da família      | <input type="checkbox"/> 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial |
| <input type="checkbox"/> 3 - Sim, de cuidador especializado | <input type="checkbox"/> 6 - Sim, de outra forma                           |

## Escolaridade

7.01 - CARLOS sabe ler e escrever?

 1 - Sim  2 - Não

7.02 - CARLOS frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que CARLOS frequenta?

7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?

 1 - Sim  2 - Não

7.05 - Qual é o estado e o município onde está localizada a escola ou creche?

1 - Estado

2 - Município

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que CARLOS frequenta

7.08 - Qual é o ano/série que CARLOS frequenta?

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

7.09 - Qual foi o curso mais elevado que CARLOS frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?

**Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, Clássico, Técnico, Normal)**

7.10 - Qual foi o último ano/série que CARLOS concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?

**Curso não-seriado**

7.11 - CARLOS concluiu esse curso que frequentou?

 1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada CARLOS trabalhou?

 1 - Sim  2 - Não

8.02 - Na semana passada CARLOS estava afastado de um trabalho, por motivo de doença, falta voluntária, licença, férias ou por outro motivo?

 1 - Sim  2 - Não

8.03 - Esse trabalho principal que CARLOS exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?

 1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal CARLOS era:

**Empregado com carteira de trabalho assinada**

8.05 - No mês passado CARLOS recebeu remuneração de trabalho? (Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)

**R\$ 1.059** 0 - Não recebeu

8.06 - CARLOS teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

 1 - Sim  2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

**12**

8.08 - Qual foi a remuneração bruta de todos os trabalhos recebidos por CARLOS nesse período?

**R\$ 12.708**

8.09 - Quanto CARLOS recebe, normalmente, por mês de:

Fontes de renda		Valor	
1	Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4	Pensão alimentícia	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
5	Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

4.02 - Nome completo

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

 1 - Masculino 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

4.07 - Relação de parentesco de JOSE com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF

4.08 - Cor ou raça

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

 2 - Não sabe

4.11- Onde JOSE nasceu?

 1 - Neste município 2 - Em outro município 3 - Em outro país

4.12 - Em que estado JOSE nasceu?

2 - Não sabe

4.13 - Em que município JOSE nasceu?

 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro JOSE nasceu?

 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de JOSE foi registrado em cartório de registro civil?

- 1 - Sim e tem certidão de nascimento e/ou de casamento  
 2 - Sim, mas não tem certidão de nascimento nem de casamento  3 - Não  4 - Não sabe

4.16- Deseja informar o gênero de JOSE ?

- 1 - Sim  2 - Não

4.17-JOSE é pessoa trans ou travesti ?

- Sim, a pessoa é trans  Sim, a pessoa é travesti  Não

4.18- Qual é o gênero/identidade de gênero de JOSE?

- Feminina  Masculina  Não binário(a)

## Documentos

5.01 - Tipo e dados da certidão

a) Tipo

- 1 - Nascimento  2 - Casamento  3 - Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena (RANI)

b) Dados

1 - Nome do cartório

2 - Data do registro

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

7 - Estado de registro

8 - Município de registro

5.02 - Número de inscrição do CPF

5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

2 - Complemento

3 - Data da emissão

4 - Estado emissor

5 - Sigla do órgão emissor

## 5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

2 - Série

3 - Data da emissão

4 - Estado emissor

## 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

2 - Zona

3 - Seção

## Pessoa com deficiência

6.01 - JOSE tem alguma deficiência permanente que limite as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)

 1 - Sim  2 - Não

6.02 - Qual é o tipo de deficiência que JOSE tem? (Este quesito admite múltipla marcação)

- |                                                     |                                                                |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Cegueira               | <input type="checkbox"/> 5 - Deficiência física                |
| <input type="checkbox"/> 2 - Baixa visão            | <input type="checkbox"/> 6 - Deficiência mental ou intelectual |
| <input type="checkbox"/> 3 - Surdez severa/profunda | <input type="checkbox"/> 7 - Síndrome de Down                  |
| <input type="checkbox"/> 4 - Surdez leve/moderada   | <input type="checkbox"/> 8 - Transtorno/doença mental          |

6.03 - Em função dessa deficiência JOSE recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)

- |                                                             |                                                                            |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Não                            | <input type="checkbox"/> 4 - Sim, de vizinho                               |
| <input type="checkbox"/> 2 - Sim, de alguém da família      | <input type="checkbox"/> 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial |
| <input type="checkbox"/> 3 - Sim, de cuidador especializado | <input type="checkbox"/> 6 - Sim, de outra forma                           |

## Escolaridade

7.01 - JOSE sabe ler e escrever?

 1 - Sim  2 - Não

7.02 - JOSE frequenta escola ou creche?

7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que JOSE frequenta?

VALDENIA ACELINO DA SILVA EMEF

7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?

1 - Sim  2 - Não

7.05 - Qual é o estado e o município onde está localizada a escola ou creche?

1 - Estado

CEARA

2 - Município

MARACANAU

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

23081660

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que JOSE frequenta

Ensino Fundamental regular (duração 9 anos)

7.08 - Qual é o ano/série que JOSE frequenta?

Sexto(a)

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

7.09 - Qual foi o curso mais elevado que JOSE frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?

7.10 - Qual foi o último ano/série que JOSE concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?

7.11 - JOSE concluiu esse curso que frequentou?

1 - Sim  2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada JOSE trabalhou?

1 - Sim  2 - Não

8.02 - Na semana passada JOSE estava afastado de um trabalho, por motivo de doença, falta voluntária, licença, férias ou por outro motivo?

1 - Sim  2 - Não

8.03 - Esse trabalho principal que JOSE exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?

1 - Sim  2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal JOSE era:

8.05 - No mês passado JOSE recebeu remuneração de trabalho? (Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)

0 - Não recebeu

8.06 - JOSE teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

 1 - Sim     2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

8.08 - Qual foi a remuneração bruta de todos os trabalhos recebidos por JOSE nesse período?

8.09 - Quanto JOSE recebe, normalmente, por mês de:

Fontes de renda		Valor	
1	Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4	Pensão alimentícia	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
5	Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

## Responsável pela família

9.01 - Contato(s)

a) Telefone primário

Tipo:     DDD:     Número:     Autoriza recebimento de mensagem:  1 - Sim     2 - Não

b) Telefone secundário

Tipo:     DDD:     Número:     Autoriza recebimento de mensagem:  1 - Sim     2 - Não

c) Email

Tipo:     Email:     Autoriza recebimento de E-mail:  1 - Sim     2 - Não

Marcação livre para o município

## 10.01 - Há trabalho infantil na família?

1 - Sim  2 - Não

## 10.02 - Identifique a(s) criança(s) envolvida(s) em trabalho infantil

## Vinculação a programas e serviços

## 1.01 - Código familiar

012385494-62

## 1.02 - UF

CE

## 1.03 - Município

MARACANAU

## 1.04 - Distrito

## 1.05 - Subdistrito

## 1.06 - Setor censitário

## 1.07 - Modalidade da operação

1 - Inclusão  
 2 - Alteração

## 1.08 - Forma de coleta de dados

1 - Fora do domicílio  2 - Em domicílio  
 3 - Impossibilidade em domicílio

## 1.10 - Data da entrevista

28/05/2026

## Entrevistador

## 1.11 - Nome

ALAN GOMES XAVIER

## 1.12 - CPF

3840393329

## 1.13 - Observações

ATUALIZACAO EXCLUSAO ORDEM 04

## Vinculação a programas e serviços

## 2.01 - Indique abaixo, marcando com X, se a família ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa da Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SESAN.

Este quesito admite múltipla marcação.

- |                                                                                     |                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Vende leite para o programa do leite - Leite Fome Zero | <input type="checkbox"/> 8 - Participou de curso em alimentação e nutrição                                                                        |
| <input type="checkbox"/> 2 - Recebe leite do programa do leite - Leite Fome Zero    | <input type="checkbox"/> 9 - Recebeu infraestrutura de captação de água da chuva para produzir alimentos                                          |
| <input type="checkbox"/> 3 - Vende alimentos para o PAA - Compra Direta             | <input type="checkbox"/> 10 - Recebeu cisterna para armazenamento de água da chuva                                                                |
| <input type="checkbox"/> 4 - Recebe alimentos do PAA - Compra Direta                | <input type="checkbox"/> 11 - Participa de projetos de produção de alimentos (horta comunitária, criação de pequenos animais, viveiros e pomares) |
| <input type="checkbox"/> 5 - Recebe cesta básica                                    | <input type="checkbox"/> 12 - Participa de projeto da carteira indígena (Parceria MMA/MDS)                                                        |
| <input type="checkbox"/> 6 - Faz refeição em restaurante popular                    | <input type="checkbox"/> 13 - Vende alimentos em feira livre popular financiada pelo MDS                                                          |
| <input type="checkbox"/> 7 - Faz refeição em cozinha comunitária                    | <input checked="" type="checkbox"/> 14 - Nenhum                                                                                                   |

## 2.02 - Algum integrante da família foi resgatado do trabalho análogo ao de escravo por órgão do governo (Ministério do Trabalho, Polícia Federal, etc.)?

- 1 - Sim  2 - Não

**2.03 - Indique abaixo, marcando com X, se a família ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa do Ministério de Minas e Energia.**

- 1 - Recebeu sua conta de energia elétrica faturada como Tarifa Social
- 2 - Recebeu de sua distribuidora de energia elétrica doação de lâmpadas ou outros equipamentos para reduzir o consumo de energia
- 3 - Não pagou pela instalação de energia na entrada de sua residência
- 4 - Nenhum

**2.04 - Preencha o campo abaixo com o número/código da unidade consumidora, indicado na conta de energia elétrica do domicílio**

a) Nº de ordem da pessoa

1 - FABIANA CAVALCANTE PEREIRA - (RF)

b) Código da unidade consumidora

5692203

**2.05 - Indique abaixo, marcando com X, se algum integrante da família recebe algum benefício ou é atendido por algum programa da Assistência Social.**

- |                                                                                                 |                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Benefício de Prestação Continuada - BPC deficiente                 | <input type="checkbox"/> 13 - ProJovem Campo                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> 2 - Benefício de Prestação Continuada - BPC idoso                      | <input type="checkbox"/> 14 - ProJovem Trabalhador                                                                                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Programa de Atenção Integral à Família - PAIF           | <input type="checkbox"/> 15 - Serviço de referência e apoio à habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência                          |
| <input type="checkbox"/> 4 - Crianças de 0 a 6 anos em ações socioeducativas de apoio à família | <input type="checkbox"/> 16 - Serviço de enfrentamento à violência, abuso e exploração sexual contra crianças, adolescentes e suas famílias  |
| <input type="checkbox"/> 5 - Centros e Grupos de convivência para idosos                        | <input type="checkbox"/> 17 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de liberdade assistida                |
| <input type="checkbox"/> 6 - Abrigo para mulheres vítimas de violência                          | <input type="checkbox"/> 18 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de prestação de serviços à comunidade |
| <input type="checkbox"/> 7 - Abrigo para crianças e adolescentes                                | <input type="checkbox"/> 19 - Serviço de orientação e apoio especializado a crianças, adolescentes e famílias                                |
| <input type="checkbox"/> 8 - Abrigo para pessoas idosas                                         | <input type="checkbox"/> 20 - Serviço de Centro-Dia (atendimento à pessoa idosa com deficiência)                                             |
| <input type="checkbox"/> 9 - Abrigo/albergue para adultos e famílias                            | <input type="checkbox"/> 21 - Serviço de atendimento no domicílio de pessoas idosas e pessoas com deficiência                                |
| <input type="checkbox"/> 10 - Abrigo/albergue para população adulta em situação de rua          | <input type="checkbox"/> 22 - Projetos de inclusão produtiva                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> 11 - ProJovem Adolescente                                              | <input type="checkbox"/> 23 - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI                                                            |
| <input type="checkbox"/> 12 - ProJovem Urbano                                                   | <input type="checkbox"/> 24 - Nenhum                                                                                                         |

**2.06 - Indique abaixo se a família ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa do Ministério das Cidades. Lista de Programas.**  
Este quesito foi desabilitado.

**2.07 - Sua família pertence a algum Grupo Populacional Tradicional ou Específico?**

0 - Nenhuma